EBOOK

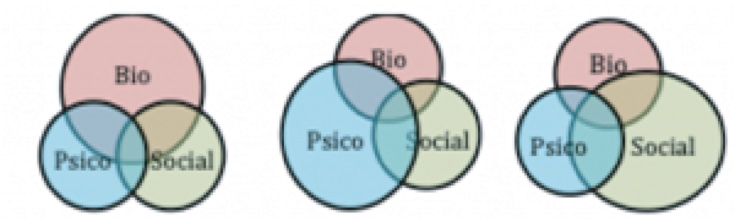


ENTENDIENDO EL DOLOR LUMBAR

JOCKEY GYM

FACTORES BIOLOGICOS

El 80% de la población padecerá dolor lumbar, y entre un 10-40% de estos dolores se volverán crónicos, ya sea por un mal tratamiento inicial (o la ausencia de este) o por la presencia de factores de riesgo.
Debemos tener en cuenta que el dolor lumbar es una entidad multidimensional, cuyo desarrollo, características y tratamiento más adecuado dependerá de muchos factores.
Antiguamente, el modelo biomédico sólo consideraba las causas biológicas como contribuyentes al dolor, es decir, si no existía ningún tejido afectado en pruebas de imagen se clasificaba el cuadro de dolor como inespecífico.
Actualmente, el modelo biopsicosocial considera la influencia de los factores biológicos (por ej. cómo se encuentra el tejido/estructura), factores psicológicos (por ej. miedo al movimiento que altere cómo se mueve la zona o genere conductas de sobreprotección/hipertono) y factores sociales (como el peligro de perder el trabajo por coger la baja médica, generando ansiedad y amplificando la percepción de ese dolor) en la experiencia dolorosa y la contribución de cada uno.

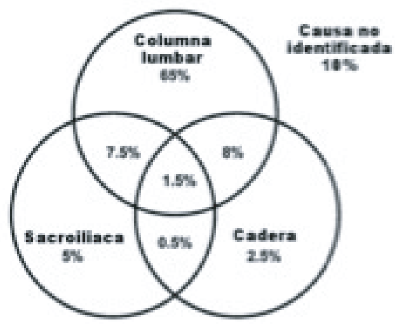


FACTORES BIOLOGICOS EN EL DOLOR LUMBAR

Comenzaremos por los factores biológicos. Conocemos como dolor lumbar, todo dolor localizado entre la zona torácica inferior y la pelvis, con posibilidad de irradiar a zona glútea y piernas. Por desgracia, a esta típica descripción de libro escapan varias consideraciones, entre las que se encuentran el dolor lumbar referido y el dolor referido de otras estructuras.

Por ejemplo, en un estudio (1) con 200 pacientes con dolor lumbar se encontró que:

• Un 65% reproducían sus síntomas con test de columna lumbar.
• Un 5% reproducían sus síntomas con test de articulación sacroilíaca.
• Un 2.5% reproducían sus síntomas con test de cadera.
• Un 17.5% tenían contribución mixta de diferentes articulaciones.
• En un 10% no se encontró ninguna estructura que reprodujera sus síntomas



Este solapamiento de dolores locales y referidos convierte el dolor lumbar en una entidad de complicada valoración y diagnóstico. Incluso si la cadera no reproduce síntomas en la zona lumbar, debemos considerar que una falta de movilidad de la misma se traducirá en un aumento de la movilidad y el estrés sobre la zona lumbar, pudiendo propiciar la aparición de dolor.

Esto hace que, en todo dolor lumbar mecánico (que se reproduce o varía con el movimiento) sea necesario valorar como mínimo:

• Columna lumbar.
• Articulación sacroilíaca.
• Cadera.

Luego, dentro de la valoración lumbar en el dolor de tipo mecánico o nociceptivo (debido a un daño o irritación de los tejidos), deberemos considerar diferentes estructuras:

• Dolor discogénico (complejo vértebra-disco)
o Más comúnmente reproducido con la flexión lumbar o maniobras de valsalva.
o Sensación de pinchazo, escozor o sobrecarga en la zona.
o Asociado a un evento traumático que suele combinar compresión, flexión y/o rotación lumbar.
• Dolor facetario
o Más comúnmente reproducido con la extensión, rotación o inclinación (compresión de articulaciones cigoapofisarias).

o Sensación de pinchazo o bloqueo.
• Dolor radicular (también es dolor neuropático)
o Debido a la irritación de una raíz nerviosa.
o Dolor local o irradiado hacia la pierna (tipo calambre o sensación difusa).
o Agravada con gestos que compriman o estiren el nervio.
• Inestabilidad lumbar
o Más común en gente joven.
o Sensación de agarrotamiento de la zona.
o Dificultad para erguirse desde agachado o flexionado hacia delante.
• Dolor muscular
o Reproducido por la contracción muscular o el reposo mantenido que genere una falta de oxigenación en el músculo.
o Asociado a esfuerzos extenuantes o posturas mantenidas.
Y así podríamos seguir y, probablemente, nos dejaríamos muchas cosas en el tintero. Por lo que en caso de padecer dolor lumbar sería recomendable que acudieses a un fisioterapeuta que valore tu cuadro de dolor y las limitaciones funcionales asociadas. Además, acudir a este tipo de profesionales sanitarios es recomendable para descartar la posibilidad de banderas rojas o patologías graves que simulen un dolor lumbar y requieran derivación médica inmediata (fracturas vertebrales, síndrome de cauda equina, tumoraciones, dolores viscerales referidos…).
A mayores, debemos considerar que hasta un 80% de los dolores lumbares se consideran inespecíficos, es decir, no existe lesión de tejidos detectable por pruebas de imagen (lo que no quiere decir que no haya irritación de los mismos). Por lo que la presencia de hallazgos en pruebas de imagen no siempre se correlaciona con la sintomatología que presentamos y, por lo tanto, no debemos hacernos pruebas de imagen a la ligera. Y lo que es más curioso aún, las lesiones discales son muy comunes en población sin dolor (2), ya que parecen ser "nuestras arrugas dentro del cuerpo".



QUE PUEDO HACER PARA TRATAR MI DOLOR LUMBAR?

Obviamente, lo mejor que te podemos recomendar es que acudas a un fisioterapeuta de confianza que evalue detenidamente tu caso y te ofrezca el tratamiento más adecuado para vos (recuerda que cada dolor tendrá su contribución diferente de los factores biopsicosociales). Al menos, si quieres resultados óptimos, esta será la mejor opción.

Pero si tuviera que darte unas pautas generales para tu dolor lumbar (considerando que no podemos garantizarte su éxito), se podrían resumir en las siguientes:

-Asegúrate que tu dolor lumbar no es debido a ninguna patología grave que requiera intervención médica inmediata. Para ello, probablemente tengas que acudir al menos en una ocasión a un profesional sanitario.

-En caso de existir alguna lesión (hernia discal…), deberemos respetar el proceso de reparación del tejido adaptando la actividad física al estado de irritabilidad del tejido, de forma que potenciemos la recuperación y mantengamos nuestra funcionalidad lo máximo posible durante el proceso. Sé optimista, 2 de cada 3 hernias se reabsorben con tratamiento conservador (3).

-Evita el reposo. El sedentarismo se ha visto asociado a un peor pronóstico del dolor lumbar, mientras que la realización de actividad física mejora el dolor y reduce la discapacidad provocada por el mismo.

La realización de trabajo abdominal isométrico suele resultar una buena alternativa y no suele ser muy irritante, además de servir como analgésico por su liberación de opioides (4,5). A mayores el trabajo de estabilidad de core proporciona grandes beneficios a corto plazo respecto al ejercicio general (Ej.: caminar) (6).

-La realización de ejercicio físico correctamente pautado para tu estado actual puede suponer una potente herramienta para reducir el dolor y el estrés. Te recomiendo que busques la forma de adaptar tu actividad física preferida para poder seguir realizándola manteniendo controlado el dolor.

-No desesperes, el proceso de recuperación de un dolor lumbar, a veces, es tan corto como 1-3 semanas o puede llevar tanto tiempo como 1 año. Pero, trata de no adoptar conductas de miedo al movimiento, ansiedad, hipervigilancia de la zona… ya que podrían empeorar tu pronóstico o acentuar tu dolor. Para ello, puedes plantearte acudir a un psicólogo para que te ayude a manejarlo.

EN RESUMEN....

El dolor lumbar es una entidad clínica multidimensional que afecta a la persona en muchos ámbitos, por lo que suele resultar complicado de diagnosticar correctamente y suele precisar un tratamiento multimodal que considere todos estos factores. En este artículo se habla sólo de los factores biológicos, pero debemos considerar también la repercusión de los psicológicos y sociales.

Es importante buscar un buen asesoramiento desde un primer momento para tener una guía de tratamiento, reducir factores de cronificación e impedir que el dolor vaya a más.

Según la evidencia científica, el ejercicio físico y las intervenciones psicosociales son una de las herramientas de tratamiento más estudiadas y más potentes para su tratamiento (7). Así que, evita el reposo, busca un buen profesional y vuélvete más fuerte que tu dolor lumbar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sembrano JN, Polly DW. How Often Is Low Back Pain Not Coming From the Back? Spine (Phila Pa 1976). 2009 Jan 1;34(1):E27–32.
2. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, et al. Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations. Am J Neuroradiol. 2015 Apr;36(4):811–6.
3. Zhong M, Liu J-T, Jiang H, Mo W, Yu P-F, Li X-C, et al. Incidence of Spontaneous Resorption of Lumbar Disc Herniation: A Meta-Analysis. Pain Physician. 20(1):E45–52.
4. Paungmali A, Joseph LH, Sitilertpisan P, Pirunsan U, Uthaikhup S. Lumbopelvic Core Stabilization Exercise and Pain Modulation Among Individuals with Chronic Nonspecific Low Back Pain. Pain Pract. 2017 Nov;17(8):1008–14.
5. Paungmali A, Joseph LH, Punturee K, Sitilertpisan P, Pirunsan U, Uthaikhup S. Immediate Effects of Core Stabilization Exercise on β-Endorphin and Cortisol Levels Among Patients With Chronic Nonspecific Low Back Pain: A Randomized Crossover Design. J Manipulative Physiol Ther. 2018 Mar;41(3):181–8.
6. Coulombe BJ, Games KE, Neil ER, Eberman LE. Core Stability Exercise Versus General Exercise for Chronic Low Back Pain. J Athl Train. 2017 Jan;52(1):71–2.
7. Babatunde OO, Jordan JL, Van der Windt DA, Hill JC, Foster NE, Protheroe J. Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence. Fleckenstein J, editor. PLoS One. 2017 Jun 22;12(6):e0178621.